

Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»  
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної  
адміністрації

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
АЛЕРГІЧНИХ І НЕАЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРИЮВАНЬ  
РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ» ІЗ САТЕЛІТНИМ  
СИМПОЗИУМОМ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ІННОВАЦІЇ  
ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ»**

*25-26 жовтня 2016 року*

Чернівці  
«Місто»  
2016

гіперезинофлії мукоспіну (середній вміст еозинофільних гранулоцитів більше 8%), ніж серед представників групи порівняння (17,6%,  $p_{\phi} < 0,05$ ).

Висновок. Таким чином, у дітей, хворих на тяжку БАФН, показники ефективності базисного лікування виявилися дещо гіршими, ніж у школярів з тяжкою бронхіальною астмою без ознак бронхоконстрикції фізичної напруги, чому, певне, сприяє вірогідно більша частка школярів з явищами гіперезинофлії індукованого мокротиння. Зокрема, відносний ризик гіперезинофлії (>8%) індукованого мокротиння на тлі тяжкої бронхіальної астми фізичної напруги склав 3,4 (95% ДІ: 1,2-9,0) при співвідношенні шансів 7,0 (95% ДІ: 1,2-41,3). Посттестова ймовірність наявного гіперезинофільного запалення дихальних шляхів у дітей, хворих на тяжку бронхіальну астму фізичної напруги, зростала на 25%.

УДК 614.256:378.016:616-053.2

## **ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ: СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ДО ЇХ УНИКНЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ**

Геруш І.В., Колоскова О.К., Білоус Т.М., Білик Г.А.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Будь-яка професійна діяльність людини може супроводжуватися успішними та неуспішними наслідками. Усі несприятливі медичні наслідки поділяють на: (а) лікарські помилки; (б) нещасні випадки; (в) професійні злочини та кримінальна недбалість. Відомим є вислів про те, що «не помиляється той, хто нічого не родить» але лікарська помилка (ЛП) є доволі чітко окресленою та зрозумілою, на перший погляд, категорією. Офіційним визначенням ЛП є "помилка лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків, що є наслідком добросовісної помилки і не містить складу злочину або ознак проступку". Лікарським проступком є "правопорушення, що містить ознаки лікарського злочину, але через малозначність не являє суспільної небезпеки". Отже, на відміну від проступку і лікарського злочину, ЛП не може бути передбачена і відвернена лікарем, оскільки вона не є результатом недбалого ставлення лікаря до своїх обов'язків, його невігластва, халатності або злочинних дій. На думку М. Давидовського основним критерієм ЛП є наслідки, що витікають з певних об'єктивних передумов, засновані або на недосконалому сучасному стану медичної науки, або на особливому

перебігу захворювання у певної особи, обумовлені браком знань і досвіду лікаря, проте без елементів неохайності, недбалості, професійного неуцтва.

Класифікаційні підходи до ЛП є різними: за характером: тактичні (хибна організація лікувального процесу) і технічні (помилкове оформлення медичної документації); залежно від етапу виникнення: діагностичні, лікувальні помилки і помилки в профілактиці, які почасти неможливо виокремити. Класифікація лікарських помилок за І. Криловим: діагностичні лікарські помилки (нерозпізнані, або помилково розпізнані хвороби; тактичні лікарські помилки; технічні лікарські помилки (невірно використана медична техніка, діагностичні засоби).

Класифікація ЛП за М.В. Чорноручьким видається більш функціональною: недостатнє, погане або неправильне дослідження і спостереження; недостатність теоретичної підготовки, брак знань; неправильне судження (неправильна оцінка даних або неправильні висновки). Існують спроби поділу ЛП з огляду на особливості "причин загального плану" – на об'єктивні і суб'єктивні. Серед об'єктивних причин - недоліки організації охорони здоров'я, в тому числі і організації підвищення кваліфікації лікарів, мінливість постулатів і принципів теоретичної і практичної медицини. Серед суб'єктивних - особистісні особливості лікаря, відсутність у нього достатнього досвіду і кваліфікації, вузька спеціалізація. Серед суб'єктивних причин ЛП чільне місце посідають недостатнє обстеження хворого і недооблік клінічних і анамнестичних даних; до них відносять також недооблік або переоцінку даних лабораторних, рентгенологічних та інших досліджень, а також даних консультантів; неправильна побудова і оформлення діагнозу. Особливе місце серед ЛП займають ятрогенії, які у 60% випадків призводять до виникнення ЛП.

Уміння уникати будь-яких несприятливих наслідків у педіатрії має надважливе значення, проте процес традиційної додипломної підготовки майбутніх фахівців у вищих медичних навчальних закладах скерований лише на досягнення успіху в лікуванні, проте не на навчання уникненню, зокрема, ЛП. Власне це і є метою Європейського грантового проекту в рамках ERASMUS+ - TAME (Training Against Medical Errors). До цього міжнародного проекту, в якому беруть участь 7 країн Європи та Азії, у минулому році приєднався Буковинський державний медичний університет, а у цьому навчальному році, завдяки величезній підготовчій роботі, шість груп 6 курсу за допомогою проблемно-орієнтованого методу

(PBL) навчатимуться уникненню ЛП у педіатрії. Навчання проводитиметься за принципом кейс-методу на прикладі вирішення клінічних ситуацій, в яких закладено ЛП різного рівня. Головним принципом PBL-методу є самостійність, активність, розвиток клінічного мислення, вміння працювати в команді та прислухатися до думки кожного. Слід зауважити, що вчитель (тьютор) при цьому грає роль лише куратора і спостерігача, який не впливає на думку команди, не робить зауважень чи коментарів, дозволяє студентами самостійно припускатися помилок і так само самостійно їх виправляти.

На наш погляд, участь у даному освітянському проекті дозволить не лише розширити межі науково-методичного співробітництва БДМУ в умовах єдиного Європейського освітнього простору і досягти вищого фахового рівня викладачів, але й покращити якість додипломної підготовки наших випускників та їх готовність до самостійної професійної діяльності.

УДК 616.28 – 008.14 – 02 : 616.23 / .24 – 002 – 007.272 – 053.2

## **СУПУТНЯ ПАТОЛОГІЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ КОНДУКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ СЛУХУ В ДІТЕЙ**

Іфтода О.М., Сидорчук Л.П., Кушнір О.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Актуальність проблеми. На сьогодні в Україні налічується понад 500 тис дітей із вадами слуху. У структурі дитячої приглухуватості 7,1% займає кондуктивна дисфункція слуху, зумовлена порушенням звукопровідності. Значимість проблеми порушень слуху в медичному і соціальному аспектах зумовлює актуальність вивчення потенційних чинників ризику, на фоні яких зростає імовірність розвитку порушень слуху кондуктивного генезу.

Метою роботи було проаналізувати частоту супутньої патології дихальних шляхів у дітей віком від 8 до 12 років із кондуктивними порушеннями слуху (КПС) та оцінити конкомітантні стани, як маркери ризику глухоти / приглухуватості.

Матеріал і методи дослідження. У проспективному дослідженні взяли участь 20 дітей із КПС віком від 8 до 12 років, батьки котрих підписали інформовану згоду на участь у дослідженні з наступним використанням анамнестично-клінічних та лабораторно-інструментальних методів